

Janez Zupančič

Izvleček

V članku sem želel poudariti pomen dobre anamneze, pridobljene v neposrednem stiku, v zgodnji diagnostiki pljučnega raka. Zdravnik, ki ne sme biti v "normativni stiski s časom", aktivno išče sumljivega bolnika in ga usmeri na podlagi ustreznih algoritmov odločanja. Nujna je vztrajna edukacija /individualna in prek strokovnih srečanj/ o zdravljenju in negi rakavega bolnika, ki je po odpustu iz bolnišnice na specifični ali simptomatski terapiji.

Zaupen odnos med zdravnikom in bolnikom rešuje mnoge medicinske in nemedicinske krize na poti, ki je, žal, za bolnika v večini primerov infaustna, a pri terapije ostaja občutek nemoči.

O dobri anamnezi

Kvalitetna družinska anamneza /vključno "pedigre karta"/ bo prišla prav v času, ko se bo v presejalni metodi diagnosticirala prisotnost **specifičnega onkogen**a in se bo ugotavljalo, ali je okvarjen **supresorski gen** ali ga sploh ni.

Na ta način spremljamo "k raku inklinirajočo rodovino"/vpliv inherence/ skozi čas kot pojav, ki ima svoj začetek in konec. Videli bomo vsaj približno, kdaj je mutacija nastala /v katerem kolenu/ in katera družina je rizična. Ne bistveno manj pomembne so delovna in socialna anamneza in anamneza razvad.

Pomebno je **aktivno** jemanje anamneze. Iz lastne izkušnje lahko trdim, da je čas za zgodnjo diagnozo zamujen, če čakamo, da nam bo bolnik sam navedel vse znake in simptome, ki nas lahko privedejo k zgodnji diagnozi.

Na podlagi podatkov o družinski obremenitvi, kadilski karieri, mestu zaposlitve /na prvi stopnji/ naj bi splošni zdravnik na drugi stopnji usmerjeno izpraševal o desetih najpogostejših simptomih pljučnega raka. Na ta način naj bi obdelal vsakega moškega od 50. do 70. leta, prav tako pa bi se pogovoril tudi z vsako žensko kadilko po 40. letu, ki pride v splošno ordinacijo zaradi kakršnihkoli težav. Naj navedem 10 najpogostejših simptomov pljučnega raka, ki jih navaja večina sodobnih onkoloških in splošno-internističnih učbenikov:

- kašelj in njegove "variacije"
- krvav izkašljek, večja količina izpljunga
- piski in stridor kot fizik. izvid nad pljuči
- težka sapa
- ponavljajoče se pljučnice na istem mestu
- bolečina zaradi periferno ležečega tumorja

- hripavost in drugi znaki Hornerja
- hujšanje
- oteklina obraza in nadlahti
- simptomi zaradi zasevkov.

Ob prebiranju kartotek bolnikov s pljučnim rakom, ki sem jih v svoji praksi spremljal zadnjih 10 let, lahko rečem, da je najbolj izrazit simptom kašelj in variante v zvezi z njim. Kot mi je znano, podobni podatki pri nas niso obdelani.

Ali je z dobro anamnezo /manj z dobrim statusom/ možno z veliko verjetnostjo pomisliti na tumor pljuč pri 20-celični podvojitvi, ko je star že 5 let in ima milijon celic ter je velik za bučino glavo? Pritrdilen odgovor bi bil zaenkrat utopija, prav tako ni nič vsakdanjega spregledati tumor pri 30-celični podvojitvi, ko je proces velik že 1 cm in je "bula" rentgensko največkrat že vidna, ne pa "slišna" ali drugače zaznavna s kakršnimkoli danes veljavnim propedeutičnim prijemom, zasevek pa je že odpotoval. "Dvodimenzionalno sistematiko" kot pomemben element "nove dokumentacije" v splošni medicini bi lahko na podlagi anketnih listov /splošnih ali usmerjenih na rizično populacijo/ uporabili za registriranje in razvrščanje v stopnje : od posamičnih simptomov preko skupka simptomov do bolezni podobne slike in končno do bolezni. Ob natančnih standardih v diagnostiki in z dobro računalniško podporo bi na podlagi omenjenih stopenj, ter z natančnimi algoritmi oziroma "diagnostičnimi programi- standardi" prej prišli do zadnje stopnje.

Čas: "zamujeni čas": zaradi slabe diagnostike ob prvem stiku in, čas "ki preganja" zdravnika zaradi neurejenih normativov v osnovnem zdravstvu.

Nekaj o časovnem dejavniku oziroma "časovni stiski": V idealnih pogojih ima splošni zdravnik na voljo največ 9 minut za "golo diagnostiko in terapijo." Ali je ta "Zeitnot" sokriva, da se spregleda zgodnje simptome?

Sekundarna prevenca = zgodnja detekcija

V obdobju fluorografije je nekdanja Jugoslavija edina v svetu napravila množični presejalni screening pljučne tuberkuloze. Ko so po tej metodi odkrivali vse manj jetike, je začelo naraščati število detektiranja raka pljuč. Enotni smo si, da bi bilo tudi tradicionalno rtg slikanje kot presejalna metoda že definiranege vzorca /starost, dedna nagnjenost do malignomov, kajenje, rizičen poklic /tudi za Slovenijo/ kljub bremenu, ki ga predstavlja za družbo/, "drag špas". Razen gesla "zdravje vse do leta 2000", (vus a vus raka pljuč) menim, da 2 leti pred "polaganjem računov" nimamo ničesar oziroma zelo malo.

Mislim, da bi bil še tako natančno izbran vzorec rizične populacije "prevelik zaloga" za screening z računalniško tomografijo /CT/ ali nuklearno magnetno resonanco /NMR/. Rentgenska diagnostika "prvega stika" za pljučnega raka je rtg slikanje na raznih aparatih v dispanzerjih za pljučne bolezni in tuberkulozo po Sloveniji. Kljub velikemu napredku ultrazvočne /UZ/ diagnostike so prav pri odkrivanju raka na pljučih njene možnosti še močno omejene. Tumorski označevalci so nespecifični in odvisni od velikosti tumorja in za zgodnjo diagnostiko neuporabni. Metoda z BHPD je še v poskusnem postopku. Ali je

Slovenec kljub poplavi poljudno medicinskih leksikonov že dovolj osveščen, da se bo sam odločil za individualni screening? Napredek vidim le v uresničevanju spoznanja, da zdravje ohranjajo osveščeni in izobraženi zdravniki ter prosvetljeni ljudje, neskopuška država /socialna država/- tukaj mislim na sistem zavarovanja in ožitev socialnih diagnostičnih programov.

Primarna prevenca = preprečevanje

Ali ima slovenska družba kaj posluha za najosnovnejši element onkološkega zdravstvenega varstva /OZV/: primarno prevencijo. Naj se ne sliši "socialistično-nostalgično"! Škoda je, da je kar nekaj odličnih prijemov na področju varstva pri delu in medicine dela šlo v pozabo /mislim na sistematske in periodične preglede ogroženih skupin delavcev.../

Ali sem kot ozdravljeni kadilec-zdravnik že prepričan v karcinogenost tobačne dima? Premalo vemo, zato hitro pri vsaki stvari najdemo sprožilca, pospeševalca ali sokarcinogena. Težko je govoriti tudi o varnem pragu. Imam bolnike, ki niso kadili in niso bili v stiku z industrijskimi karcinogeni. Tu je gotovo "igra naključja". Na voljo so tri opcije primarne preventive v zvezi s kajenjem:

- Začni čimstarejši, če že moraš, ne inhaliraj, ne "poteguj" dima prepogosto in pregloboko, izbiraj vrste "mild" z malo katranov in izbiraj cigarete s filtrom, uporabljaj napravo za perforiranje filtrov. Zapomni si: Varne cigarete ni!
- Preidi na žvečenje, njuhanje ali nalepke. Vedi, da s tem zmanjšaš tveganje za raka pljuč in povečaš tveganje za raka ustne votline, požiralnika in želodca in rake oddaljenih organov /nitrozamini in aromatski amini/.
- Prenehaj: a/ po lastni želji in volji (glej tč. 2), b/ s pomočjo psihoterapije, nalepk, akupunkture, c/ s pomočjo družbe s kadilskim zakonom. Tveganje za raka pljuč se v 10 do 15 letih, odkar je kadilec abstiniral, zmanjša oziroma skoraj izenači s tveganjem nekadilcev.

Nasvet o opustitvi kajenja je med desetimi navodili Evropskega kodeksa o primarni in sekundarni preventivi na prvem mestu. Da bi se izognili karcinogenom v onesnaženem okolju, predlagam "življenje v celofanu", pa še ta je iz karcinogenov. Zelenovarstvena gibanja naj se udeležijo v zakonodaji! Če drži "Stan/Olio-va teorija" o nagnjenosti določenih vedenjskih tipov, da zbolevalo ljudje, nagnjeni k depresiji, pogosteje za neko bolezen, ki spada v krog psihosomatskih bolezni in če je tudi rak psihosomatska bolezen, Slovenci pa smo "depresiven" narod, bi pri njem pričakovali večjo incidenco le-tega. Moje mnenje: "Če ta teorija drži, zakaj ne bi poskusili s fluoksetinom kot narodnim programom po vzorcu ZDA, kjer se s Prozacom zmanjšuje incidenca psihosomatskih bolezni /največ menedžerskih/".

Zdravstvena oskrba

Tretji temeljni element onkološkega zdravstvenega varstva je zdravstvena oskrba onkoloških bolnikov:

Glede na način zdravljenja mikrocelularnega in nemikrocelularnega raka zdravimo prvega s kemoterapijo /KT/ in radioterapijo /RT/, izjemoma operativno,

drugega pa z operacijo, z obsevanjem pa v primeru, če do operacije ne pride ali operacija ni bila radikalna in KT je tu izjemoma. Poleg spremljanja onkoloških bolnikov ob "polčasih" med specifičnimi onkološkimi procedurami je najpomembnejša točka tega področja simptomatsko zdravljenje težav, ki jih povzročajo bolezen in njeno specifično zdravljenje, rehabilitacija in zdravljenje terminalnega bolnika.

Ko pacient v času ambulantnega citostatskega zdravljenja, obsevanja hodi domov, se zaradi citostatikov /CS/, ki jih v terapiji pljučnega karcinoma najpogosteje uporabljajo (ciklofosamid, cisplatin, karboplatin, karmustin, lomustin, mekloreタミン, metotreksat, mitomici, vinblastin, vinkristin), pojavijo težave, ki jih mora splošni zdravnik /SZ/ prepoznati in zdraviti. Z osnovnim laboratorijem. /Hemogram, C-reaktivni protein /CRP/, sedimentacija /SR/, trombociti /Tr/, diferencialna bela krvna slika /DKS/, urin, blato na skrivno krvavitev /BOK/ (biokemičnih /Biok./ preiskav v tem obdobju ni potrebno delati, ker jih dela onkolog, prav tako prisotnost in dinamiko tumorskih /Tu/ markerjev). Ugotavljamo: anemijo (ki jo morajo pogosto zdraviti s transfuzijo), levkopenijo, periferno pancitopenijo in trombocitopenijo. Nekateri laboratoriji po zdravstvenih domovih /ZD/ imajo danes možnost napraviti še elektroлите in dušikove /N/-retente ter urat.

S kliničnim pregledom in anamnezo ugotovimo in ukrepamo:

- izpadanje las, plešavost - hlajenje lasišča, tesna kapa, predpis lasnega vložka
- hiperpigmentacijo kože - pokrivanje vidnih mest s kozmetičnimi kremami in pudri /negativna lista zdravil-N/
- izgubo apetita - vitamini /N/, kortikosteroidi /KS/ (pozitivna lista zdravil/P/)
- vomitus in navsea - Reglan, Torecan, Zofran, Tametil so na N- listi; sedativa delujejo tudi kot antiemetiki; danes kot antiemetik priporočam Navoban /P/; če je po morfiju /Mo/ bolniku slabo, mu dodajmo kot antiemetik Haldol. Dobro pomaga sprostitev v temnem mirnem prostoru, razne vedenjske tehnike, akupunktura, uživanje hrane v več manjših obrokih, počasno hranjenje, izogibanje neprijetnim vonjavam. Priporočajo antiemetik v tablet, svečki ali injekcij pol ure pred KT in dodatek Amyzola ali Lorama. Nekateri svetujejo, verjetno pa manj predpisujejo, čaj marihuane.
- xerostomia - Glandosane sprej /N/, čaji, sokovi, mešanica 3% H₂O₂, glicerina, fiziološka raztopina, v nekaterih virih priporočene pilokarpinske kapljice, ki sprožijo povečano izločanje sline, se za splošno interno uporabo več ne priporočajo, hkrati pa jih ni moč dobiti na trgu. Za spiranje ustne sluznice lahko uporabljamo tudi mešanico xylocaina, sode bikarbone in kuhinjske soli na 1 liter vode. Pomagajo tudi kisli bonboni, sladoled in aromatizirane ledene kocke za sesanje in lizanje. Vedimo, da glicerina sluznico suši, prav tako alkoholne raztopine!
- kandidiaza ust, žrela, požiralnika - antimikotika v soluciji, želeju, tabletah.

- disfagija, odinofagija - mehka, mlačna, kašasta, redka hrana, eventualno xyloc. gel pred hranjenjem, eventualno želodčna sonda, več tekočin med hranjenjem. o nastavimo sondo, naučimo svojce hranjenja po njej.
- kolcanje - draženje žrela s kristalnim sladkorjem, vdihavanje CO₂, Reglan, Apaurin, Dexamethason. V več virih priporočenega Largactila v naši farmakopeji ni. Priporočam kapljice Haldol.
- driska - Seldiar je na N-listi; diete ne priporočam, saj bi delovala podobno kot "Breusovo alternat. stradanje", codein v dozi 120 mg/d /P/ tudi priporočajo, vendar mislim, da se tako velika doza še ni "udomačila"
- zvečana sečna kislina in znaki protina - Alopurinol /P/
- zmanjšan sluh /začasno ali trajno /- slušni amplifikator
- težave s praznjenjem mehurja - trajni urinski kateter : silikonski, nesilikonski
- eksikacija /intravenska/i/v/ hidracija / pomembno tudi kot preventiva pešanja ledvične funkcije; v literaturi odsvetujejo podaljševanje agonije z i/v substitucijo. Moje stališče: "Pacient od žeje ne sme umreti". Pri svojih bolnikih sem opazil po večtedenskem i/v hidriranju "sindrom odvisnosti od volumna".
- odrevenelost, mravljinčenje, slab sluh kot posledica nevrotoksičnosti - B1, B-complex na N-listi, B12 vitamin.
- dispnea, kašelj (zaradi fibroze, pnevmonitisa, toksičnega draženja): večina beta agonistov je na P-listi, vsi antitusiki razen Sinecoda in codeina so na N-listi.
- plevralni izliv - punkcijo napravi ambulantno onkolog ali pulmolog
- znižan krvni tlak - Effortil je na N-listi, Ditamin je na P-listi
- zvišana frekvenca bitja srca - beta blokerji, verapamil so na P-listi - dvisno od proizvajalca
- izguba okusa - priprava okusne in primerno začinjene hrane, dobra ustna higiena.
- kaheksija - KS
- febrilitas /centralno pogojena ali kot znak infekta/- antipiretika, antibiotika
- obstipacija - večina odvajal je na N-listi; pri obstipaciji zaradi opiatov je zelo učinkovita sena!!
- vertigo - edini antivertiginoz na P-listi je Urutal, na P-listi je tudi antikinototik Navoban
- motnje vida /pri terapiji z BCNU in BiCNU); težave so reverzibilne
- zmedenost, nemir -Haldol je na P-listi
- strah, panična stanja, zmedenost, depresije - skoraj vsa zdravila za obvladovanje teh težav so na P-listi; antidepresiva /AD/ delujejo tudi protibolečinsko
- zlatenica (zaradi toksičnega vpliva na jetra); problem je reverzibilen

- kožni izpuščaj in pruritus - skoraj vsi topični KS so na N-listi (razen Kuterida), prav tako vsi topični antihistaminiki
- tromboflebitis - vsi topični heparinoidi v mazilih ali kremah so na N-listi
- proktoragija, hematurija, hemoptiza -hemostiptik Dicynone = Emex je na N-listi
- utrujenost - počitek je "zastonj"
- bolečina v sklepih - analgetika mešane sestave so vsa na N-listi
- glavobol - analgetika mešane sestave so na N-listi (še sreča za pacienta, da popusti glavobol na močan analgetik, ki ga dobiva zaradi osnovne bolezni)
- težko žvečenje in požiranje /ob xerostomiji = hipoptializmu/ : glej spodaj
- spremenjen voh /večinoma ireverzibilen/

Ko se onkoterapevt pri limitirani obliki bolezni odloči za radioterapijo /obsevanje/ med KT in po KT, nastopijo tudi stranski učinki te terapije. Drobnocelični rak v času zdravljenja razvije v 20% metastaze v možganih. Obsevajo tudi te, ko postanejo klinično zaznavne. Z obsevanjem kostnih metastaz lajšamo tudi te bolečine.

Možne komplikacije RT /obsevalne terapije/:

- radiodermatitis /pri suhi obliki/ - rižev ali otroški posip/N/, pri vlažni - obkladki; v obeh primerih pa anestetični sprej; vnetje umirjajo tudi topični KS; odsvetujemo alkalna mila in sončenje. Proti atrofiji in hipopigmentaciji smo razen kozmetičnih ukrepov nemočni.
- latrogeni Horner sindrom - tudi otorinolaringolog /ORL/ specialist, v katerega domeni je ta težava, ne more pomagati.
- hipotireoidizem - po posvetu s tireologom je potrebna substitucijska terapija z Vobenolom /P/
- ezofageitis kot vrsta radioserosomukositis - ukrepanje ob njem glej zgoraj; traja teden dni in mine brez posledic; le redko je treba bolnika parenteralno hraniti. Pomaga ustrezna dieta, antacid in pomirjevalo.
- pnevmonitis - antibiotiki, ekspektoransi /N/, antitusiki, eventualno majhni odmerki KS
- fibroza pljuč se kaže z restriktivskimi motnjami pljučne funkcije / beta agonisti, teofilin ...
- splošna slabost, utrujenost in inapetenca so znaki "radiacijskega mačka" in skoraj ne zahtevajo prekinitev terapije
- pri obsevanju glave lahko pride do katarakte, okvare mrežnice in žilnice, optikus atrofije .../skoraj vse komplikacije so domena okulista; vedno dodajamo kortikoide, da preprečimo možganski edem.

Pri približno 30% bolnikov odkrijemo bolezen v limitirani fazi in le pri tretjini teh pride v poštev kirurška terapija .

Po kirurški terapiji pride do:

- zgodnjih kirurških zapletov /krvavitve,pnevmotoraks/ - domena torakalnih kirurgov

- drugih posledic: brazgotine - Kontrakel; fistule - spontano zaraščanje ali kirurški poseg; zgodijo se tudi iatrogene poškodbe n.rekurensa.

Po zaključenem specifičnem zdravljenju je pacient vključen v "follow up", ki je uravnavan po protokolu /Tumornachsorge/. Ko se uradni onkološki follow up konča, ostane za zdravnika splošne medicine /ZSM/ še vedno "sekundarno spremljanje," in to z istim namenom: ugotavljanje recidivov in dolgoročno spremljanje rezultatov. Ugotavljali smo recidive po več kot 10-letni remisiji.

Ali povedati bolniku o diagnozi in infaustni prognozi ?

Bolniku povem o zapletih, možnem pohabljenju, razložim mu postopke zdravljenja in možne zaplete, zamolčim pa diagnozo in neugodno prognozo. Nikomur ne vsiljujem svojega mnenja in ravnanja. Zdi se mi, da je na mestu "individualni pristop", upoštevati pa je treba etične vidike, ki temeljijo na pristnem odnosu bolnik-zdravnik.

Pogost problem pa je nekolegialni pristop specialista na drugi stopnji, ko bolniku z razširjeno rakavo boleznijo pravi: "Ja, vidite, če bi Vas Vaš zdravnik poslal vsaj dva meseca prej, bi pa šlo, tako se pa ne da nič napraviti !".

Ostalo simptomatsko zdravljenje rakavega bolnika v "terminalnem obdobju bolezni in življenja"

Mnogo zgoraj naštetih simptomov in njih zdravljenj / stranskih učinkov učinkov specifične terapije/ se pojavlja tudi tukaj in so rezultat napredovanja bolezni in simptomatskega zdravljenja /obstipacija, navzea, meteorizem, povečan tonus sfinktrov, sproščanje histamina pri opiatih in znaki v zvezi s tem.

Težave in lajšanje teh:

- splošno slabo počutje - za pomoč so na voljo KS, antidepresiva tipa IPPSS /inhibitor ponovnega prevzema serotonina na sinapsah
- otekline zaradi pritiska tumorja /Tu/ ali metastaze /Meta/ - KS
- krči - antikonvulziva delujejo tudi pri nespečnosti /P/
- kašelj - codein /P/, Sinecod /P/; vlaženje zraka, hidracija; ekspektoransi in mukolitiki so običajno brez efekta; poskusimo tapetement prsnega koša, položajno fizioterapijo /FT/ in tresenje z vibracijsko napravo
- dekubitusi - redno obračanje, nega kože, vmasiranje tonikov za doseg lokalne hiperemije. Pri že prisotni preležanini: standardni cenejši antidekubitalni sistemi in dražji Comfeel ali Varihesive sistemi /N/
- znaki centralnega živčnega sistema /CŽS/: nespečnost - Phenergan, Amyzol ali oxazepam, lorazepam, diazepam; anksioznost: diazepam, oksazepam (skupaj z narkotiki; na 4 ure); zmedenost in nemir - Haldol, lahko tudi Melleril /P/
- srbenje kože - lokalno KS, antihistaminiki /antiHi/, obkladki, hladilne kreme; KS,AntiHi p/os
- moribunden bolnik: z zvišanim odmerkom narkotikov in pomirjeval /Mo, Apaurin /Ap/. Ko se stanje še poslabša in pride do hropenja, svetujejo

skopolamin (zmanjša izločanje sluzi in sprosti se mišičje v traheobronhialnem vejevju, hkrati pa vpliva depresorno na CŽS), ki pa ga ni najti v evropski farmakopeji. Odmerki so homeopatski, homeopatsko zdravljenje pa je pri nas prepovedano.

- da ne bi prišlo do pljučnih zapletov zaradi embolije iz venskega bazena spodnjih udov, nogi pred vstajanjem iz postelje vedno povijemo z elastičnimi povoji
- Znaki paraneoplastičnega sindroma pri drobnoceličnem raku se blažijo na način, ki je že opisan zgoraj.

O zdravljenju **bolečine** pri rakavem bolniku je napisanih nešteto priročnikov, zato bi bilo ponavljanje neprimerno. Opozorim naj na nekaj spoznanj, ki potrjujejo, "da je zdravljenje bolečine božansko delo"- seveda v večih rokah. Po leg paleta centralno in periferno učinkujočih analgetikov so analgetični adjuvansi tudi KS, antidepresivi, antikonvulzivi, psihofarmaki. Opiatna analgezija ne vodi v veliko zasvojenost, hiter pojav tolerance pa je neželen problem. V svetu velja doktrina, da je zgornji odmerek analgetika "prost" oziroma da je dovoljeno doseči "maksimalno še ne toksično individualno mero". Vedenje o biotransformaciji analgetika in dajanje sredstva po "urnem vzorcu" koristi: bolnik ne trpi /morfij na 4 ure/. Bolnika čim prej prepričaj, da analgetiki v tej fazi bolezni niso zdravila, ki bi jih jemali po potrebi. Revolucijo je prinesla oblika MST /počasi topljiva morfinska tableta/ in DHC /počasi topljiva kodeinska tabl./, ki se dajeta na 12 ur. Za uvedbo anestetikov v trajni infuziji, uvedbo spinalnega katetra, nevrolyzo je bolnik hospitaliziran, regionalno blokado lahko dobi ambulantno, infiltracijsko blokado lahko da splošni zdravnik. Mislim, da je bojazen, češ da z večjim odmerkom Mo lahko izzoveš blokado dihalnega centra, pretirana.

Še nekaj o **alterantivi**: nikakor se ne daj prepričati, da bi bolnik s podpisom odklonil znanstveno podprto terapijo in se obrnil k alternativnemu načinu, čeprav se "čudeži" dogajajo tudi tam.

Umiranje: Bolnik s pljučnim rakom naj umre doma, med svojimi, ki naj mu skupaj z zdravstvenim osebjem lajšajo odhajanje in smrt.

Predlogi, opozorila, aforizmi kot zaključek

Zdravnik splošne medicine ob prvem stiku s kakovostno zgodnjo diagnostiko - zlasti pa z dobro anamnezo - prispeva k podaljšanju preživetja bolnika s pljučnim rakom.

V okviru zdravstvene organiziranosti je treba popraviti časovne normative /število minut na enega bolnika/!

Zdravstveno zavarovanje naj pokrije vse stroške za nakup zdravil in pripomočkov za nego rakavih bolnikov.

Paliacija pri kronično rakavem bolniku je navadno edina, nevhvaležna, terminalna, pa vendar častna naloga ZSM. Z njo ne podaljšujemo ur, ampak poskrbimo, da bo "konec življenja" vreden človeka. To se lahko zgodi le ob domači postelji bolnika, ne pa za zavesami "umiralnic" in "hiralnic."

Cilj primarne preventive je manj zbolelih, cilj sekundarne preventive pa manj umrlih.

Po enem letu živi manj kot 4% bolnikov z drobnoceličnim pljučnim rakom /tega je 20-25% med pljučnimi raki/, če se niso zdravili. Ko ga odkrijemo, je že razširjena bolezen.

Literatura

1. Andreja Kocjančič, Franc Mrevlje: Interna medicina, prva izdaja, EWO d.o.o., Državna založba Slovenije, 1993
2. A.P.Fras: Onkologija. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo: Onkološki inštitut, prva izdaja, 1994
3. M. Dollinger, Ernest H. Rosenbaum, Greg Cable: Življenje z rakom. Tehniška založba Slovenije, Ljubljana 1995
4. F. Lukič: Rak ni smrt. Založništvo tržaškega tiska, Trst 1980
5. F. H. Mader, H. Weissgerber: Allgemeinmedizin und Praxis, 2. izdaja, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1995
6. Wai-Ching Leung : Clinical examination. Arnold, London, Sydney, Auckland, 1996
7. H. Delbrueck: Tumornachsorge. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1986
8. v. H. Hamm: Allgemeinmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2. izdaja, 1979
9. 32. Tavčarjevi dnevi: Rak v splošni interni medicini. Medicinski razgledi, Katedra za interno medicino MF, Ljubljana, 1990
10. Suplement: Premagajmo bolečino. Krka Med Farm 1997; 18, Suppl 1
11. Onkološki vikendi : I - XIII.
13. ZZZS, Obm. enota Lj., 28. 8. 98: Ažuriran abecedni seznam prerazvrstitve zdravil
14. MKB klasifikacija, 10. revizija